

Fecha:								
Producto:			, 		N° d	e Póliza:		
Nombre del Tomador de	el Seguro:							
DATOS DEL ASEGURADO								
Primer Apellido:		Segui	ndo Apellid	0:		Nomb	re:	
Tipo de Identificación:	Cédula [DIMEX	DIDI	Pasaporte		Otro		
Numero de Identificación:								
Fecha de nacimiento:	Día Mes	Año	Sexo:	Femenino 〔	Maso	culino		
Provincia:		Cantón:				Distrito:		
Dirección exacta:								
Dirección electrónica:						Teléfono Celul	ar:	
	DECLA	RACIONES D	EL SOLICIT	ANTE Y CONSENT	TIMIENT (O INFORMADO		
Declaro que la información brindada y detallada en este documento es verídica, por lo tanto, en caso de comprobarse cualquier omisión o falsa declaración, eximo al Instituto Nacional de Seguros de cualquier responsabilidad dando como resultado la terminación del contrato de seguros. Conocido lo anterior, es mi deseo y autorizo al Tomador a incorporarme en esta póliza. Asimismo, informaré al INS sobre los cambios de la información que puedan presentarse a futuro, mientras exista una relación comercial. Hago constar mi consentimiento expreso para que el Instituto Nacional de Seguros grabe y utilice las llamadas telefónicas que se realicen a las líneas de servicio, como prueba para los procesos administrativos y judiciales en los que sea necesario su uso, tanto para las gestiones de aseguramiento como para la atención de solicitudes de indemnización y asistencias.								
Entiendo y apruebo que e adecuadas. El INS podrá a las empresas que con las políticas y normativa manifestación constituye datos de la base conform	el INS incluirá los á trasladar los da forman el Grupo sobre protección consentimiento i	datos del As tos a sus col INS, con el f de datos. El nformado, po	egurado a aboradore: în de ejecu INS podrá or lo que el	una base, bajo si s, partes vinculad utar el contrato u à actualizar los da Asegurado tiene	u respondas, pro ofrecer atos cor derech	oveedores, interr r productos o se n información de o a la rectificaci	nediarios y socio rvicios adicional e bases públicas	os comerciales, y es, todo sujeto a o privadas. Esta
Declaro que recibí la información previa al perfeccionamiento y sobre las Condiciones Generales de este seguro, además manifiesto que las he entendido, las acepto libremente y entiendo que, al suscribir esta solicitud, el seguro podrá ser emitido bajo tales condiciones.								
		Ві	ENEFICIARI	OS DEL ASEGUR	ADO			
Nombre del Beneficiario:								
Tipo de Identificación:	Cédula	DIMEX	DIDI	Pasaporte		Otro		
N° de identificación:				Parentesco:			Porcentaje %:	
Nombre del Beneficiario:								
Tipo de Identificación:	Cédula [DIMEX	DIDI	☐ Pasaporte		Otro		
N° de identificación:				Parentesco:			Porcentaje %:	
Firma del asegurado:								